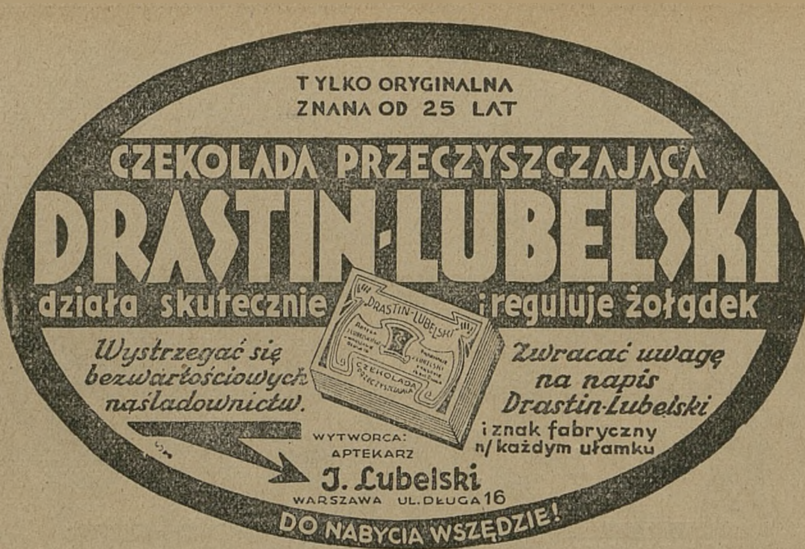
№ 12 WARSZAWA, GRUDZIEŃ 1931 ROK III.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 10.— Numer pojedyńczy Zł. 1.50



Literaturę i próby wysyłam W. P. P. lekarzom bezpłatnie.

Theophylamin

„BOROWSKI"

(Teofylina-aetylenodwuamina)

WYROBU KRAJOWEGO.

ŚRODEK

MOCZOPĘDNY i NASERCOWY

WSKAZANIA: OBRZĘKI POCHODZENIA SERCOWEGO I NERKOWEGO, DUSZNICA BOLESNA, DYCHAWICA SERCOWA.

ENDOCARDITIS **MYOCARDITIS**

LITERATURĘ WYSYŁA W. P. P. LEKARZOM:

LABORATORJUM CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNE

J. BOROWSKI

WARSZAWA, ULICA POZNAŃSKA Nr. 11.

№ 12. WARSZAWA, GRUDZIEŃ 1931 ROK III

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Podał Dr. STEFAN KRAMSZTYK (Warszawa).

O DJECIE JABŁKOWEJ I JEJ STOSOWANIU.

Jest rzeczą charakterystyczną, że mimo olbrzymi, systematycznie powstający i na doświadczeniach oparty rozrost wszelkich najmożliwszych środków leczniczych, nasz aparat terapeutyczny wzbogaca się od czasu do czasu lekami, odkrywanemi w sposób zupełnie niespodziewany. Tak było z wątrobą w niedokrwistości złośliwej, tak stało się obecnie ze stosowaną z takiem powodzeniem djetą jabłkową w biegunkach.

W postaci tej metody djetetycznej znaleziony został istotnie „graniczący z cudem sposób leczenia", jak się wyraża jeden z jego projektodawców *Heisler* z Königsfeldu.

Jak wiadomo, prof. *Moro* z Heidelbergu drogą systematycznych badań klinicznych wprowadził w ciągu ostatnich dwuch lat do lecznictwa środek, który właściwie zaczerpnięty został z praktyki ludowej i już przedtem propagowany był przez *Heislera,* kierownika sanatorjum w Königsfeld. Przez podawanie surowego utartego miąższu jabłecznego (otrzymanego z dojrzałych jabłek) w ilości dochodzącej do 500 a nawet 1,500 gram. dziennie udaje się we wszelkich chorobach biegunkowych u dzieci otrzymywać wprost zdumiewające wyniki. W ciągu dwuch dni, podczas których nie daje się pacjentowi żadnego innego pokarmu oprócz surowych jabłek, wolne poprzednio wypróżnienia przybierają postać sformowaną, a oprócz tego ustępują i inne objawy chorobowe. Po dwuch dniach jabłkowych *Moro* podaje przez dwa dni djetę przejściową bezmleczną i bezjarzynową, składającą się z herbaty lub kakao na wodzie, z sucharków, bananów, sera, z rosołu bez tłuszczu lub gęstego kleiku, chudego mięsa lub szynki, purée z kartofli i kompotu z jagód. Po dwuch dniach przejściowej djety dzieci przechodziły na zwykłe pożywienie.

Moro w pierwszej swej pracy, ogłoszonej w grudniu 1929, podaje wyniki otrzymane ze stosowania djety jabłkowej ogółem w 52 przypadkach; w liczbie tej były 22 ostre dyspepsje, 15 przypadków czerwonki, 1 tyfusu, 8 dyspepesji przewlekłej, 5 choroby *Hertera-Heubnera (infantilismus intestinalis, coeliakia),* 1 przypadek *colica mucosa.* Przebieg wszystkich przypadków był nagół taki, że biegunka zaraz ustępowała i już po 1 — 2 dniach djety jabłkowej stolec był stały, i tylko bardzo rzadko dochodziło do nawrotów. Na szczególną uwagę zasługują przypadki czerwonki i do tej ostatniej zbliżone. W przypadkach tych zawsze najwyżej po dwuch dniach jabłkowych następował spadek ciepłoty, dochodzący poprzednio do 40° i wyżej, znikały objawy intoksykacji, a wypróżnienia o charakterze śluzoworopnokrwawym w ilości 20 i wyżej na dobę, już trzeciego dnia miały wygląd sformowany. W jedynym opisanym przypadku tyfusu przy licznych wodnistych wypróżnieniach po jednym już dniu jabłkowym chory miał jeden sformowany stolec na dobę i w ciągu całego przebiegu choroby biegunka już się więcej nie pokazywała.

W przypadku *colica mucosa* u 7-letniego wagotonika, gdy zawiodła Belladonna, wapń i acidolpepsin, zastosowanie w ciągu dwuch dni wyłącznej djety jabłkowej, a później przejściowej spowodowało zaraz ukazanie się stolców sformowanych i następnie zupełne wyleczenie.

Również i w przypadkach dyspepsji przewlekłej, stosowanie dni jabłkowych okazało się nader zadawalniającem; bezpośredni skutek dodatni występował bez wyjątku, tylko że nie był zawsze bezwzględnie długotrwały, jak to miało miejsce w przypadkach ostrych. Lecz zastosowanie powtórne dni jabłkowych zawsze już sprowadzało stałe wyzdrowienie.

Co się tyczy niemowląt, to *Moro* jest zdania, że pierwszy rok życia nie stanowi zasadniczego przeciwwskazania do stosowania djety jabłkowej. Aczkolwiek *Moro* miał u osesków równie dobre wyniki jak i u dzieci starszych, radzi jednak tymczasem powstrzymać się z leczeniem niemowląt jabłkami, przynajmniej poza kliniką.

Wyniki i pogląd *Moro* nie zostały oczywiście bez echa, i djeta jabłkowa została poddana próbom w szeregu klinik pedjatrycznych, tembardziej, że na zeszłorocznym Kongresie Międzynarodowym pedjatrów w Stockholmie *Heisler* wygłosił odczyt, propagujący jego metodę djetetyczną. Tak więc *Wolff* w klinice dziecięcej w Eisenach leczył djetą jabłkową 150 dzieci. Przeważnie chodziło tu o przypadki ostrej niestrawności, również i parenteralnego pochodzenia, oraz 5 przypadków klinicznej czerwonki. Z przewlekłych przypadków *Wolffa* zasługują na uwagę 3 przypadki niedomogi trawiennej *Hertera-Heubnera* i przypadek *colica mucosa,* który długo i bezskutecznie leczony był poprzednio przez podawanie wapnia, Bolus alba i lawatyw z tanniny. *Wolff* dochodzi do wniosku, że djeta jabłkowa daje nazupełniej pewne wyniki nawet i w najcięż-

szych przypadkach, którym towarzyszą przy wysokiej ciepłocie drgawki i gdzie wprowadzenie miazgi jabłecznej natrafia na znaczne trudności.

Fanconi, który w klinice pedjatrycznej w Zurychu już od kilku lat (wraz z prof. *Feerem)* stosował z powodzeniem surowe owoce (soki owocowe, banany) w przypadkach niedomogi *Hertera-Heubnera (coeliakia),* w zupełności potwierdza zdanie *Heislera i Moro.* Zwraca on przytem uwagę na pewne trudności i skutki ujemne, wywoływane przez nieodpowiednio dobieraną djetę przejściową (zbyt jednostronne stosowanie pokarmów kleikowych i mącznych, zbyt wielkie ilości mleka). W każdym razie *Fanconi* dochodzi do wniosku, że ostre, podostre i przewlekłe choroby biegunkowe poza okresem niemowlęctwa poddają się bardzo dobrze leczeniu przez stosowanie wyłącznej djety owocowej w ciągu 1 — 2 dni; że podczas djety przejściowej należy być ostrożnym z podawaniem pełnego mleka, mączek i cukru; raczej pomyśleć należy o podawaniu odpowiednio spreparowanej jarzyny, maślanki, mleka migdałowego, później zaś mleka zsiadłego lub Yoghurtu. Według *Fanconi'ego* stosowanie djety owocowej powoduje u dzieci stale spadek wagi, a to wskutek małej zawartości soli w owocach.

W lipcu r. b. ukazała się polska praca „o stosowaniu djety z surowych jabłek w nieżytach jelit u niemowląt". Mianowicie *Kaulbersz-Marynowska* w Klinice Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Wileńskiego oraz na stacjach opieki nad dzieckiem stosowała djetę jabłkową w 40 przypadkach u niemowląt i w 6 przypadkach u starszych dzieci. Przypadki te dotyczyły przeważnie nieżytów jelita grubego. *Kaulbersz-Marynowska* podawała jabłka obrane, utarte na tarce i przetarte dla mniejszych niemowląt przez sitko włosiane w ilości 300 — 600 gr. w ciągu pierwszej doby, jako wyłączny pokarm; ponadto autorka podawała w większości przypadków wodę lub płyn Ringera w dowolnej ilości do picia. Starsze dzieci otrzymywały od 600 gr. do 1.100 gr. jabłek na dobę. Jabłka i sok z nich podawała autorka nieostudzone, gdyż kilkakrotne stosowanie celem próby jabłek z cukrem dawało gorsze wyniki. W ciągu drugiej doby podawano oprócz jabłek 100 — 300 gr. maślanki, następnie zmniejszano o 100 gr.

ilość jabłek, zwiększając odpowiednio ilość maślanki; 50 gr. jabłek pozostawiano stale celem dostarczenia dziecku odpowiedniej ilości witamin. W 4 — 5-ym dniu dodawano grysik na wodzie, 30 — 50 gr. twarogu dziennie, następnie zupę, jarzyny, kisiel. Dzieciom w wieku 3 — 6 miesięcy, karmionym poprzednio tylko piersią, pozostawiano pierwszego dnia rano i wieczór karmienie piersią, drugiego dnia 3 karmienia piersią i t. d. stopniowo przechodzono znowu do karmienia wyłącznie piersią.

Wśród 40 przypadków niemowląt leczonych djetą jabłkową w 38 nastąpiła wybitna poprawa, stolce już nieraz pod koniec pierwszej doby tej djety formowały się, śluz zmniejszał się, a po 2 dniach zwykle znikał zupełnie; nieco dłużej utrzymywał się przy podawaniu soku zamiast miazgi, ale i tu zbitość stolców ulegała bardzo szybkiej poprawie. Na skutek takich wyników, obecnie w Klinice Dziecięcej U. S. B. stosuje się djetę jabłkową u każdego dziecka przyjętego z powodu nieżytu jelit.

Jeżeli zestawiemy powyżej przytoczone opinje kliniczne z jednogłośnem i bezwzględnem uznaniem, jakiem metoda jabłkowa cieszyła się na Zjeździe Pedjatrycznym w Stockholmie, gdzie do poglądu *Heislera* i *Moro* przyłączyli się bez zastrzeżeń *Fischl, Ibrahim* i inni, to istotnie można się zgodzić z *Heislerem,* że w postaci wspomnianej djety został wynaleziony graniczący z cudem sposób leczenia. Jest to prawdziwe jajko Kolumba, na które jednak tak długo przyszło nam czekać. Wielkie znaczenie, jakie ta nowa zdobycz posiada dla terapji, polega przedewszystkiem na jej niezmiernie wysokiej skuteczności. Wiadomo, jak często okazują się bezsilnemi wszelkie środki wstrzymujące do narkotyków włącznie, gdy chodzi o niektóre cięższe przypadki chorób biegunkowych u niemowląt i małych dzieci. I oto w postaci djety jabłkowej otrzymaliśmy niespodziewanie sposób leczniczy. który, o ile wnioskować można z dotychczas ogłoszonych spostrzeżeń, daje możność ratowania przypadków, które przedtem można było uważać za stracone.

Drugą cechą charakterystyczną djety jabłkowej jest bardzo szeroka skala jej stosowania. Jak widać z wyników *Kaulbersz-Marynowskiej,* djeta ta daje się z największem powodzeniem stosować u niemowląt już w czwartym miesiącu życia w tych postaciach nieżytu jelit, które wymagały dotychczas skrupulatnej i ostrożnie stopniowanej metodyki djetetycznej, poczynając od doby herbacianej. Jak dowodzą liczne spostrzeżenia *Moro* i *Wolffa,* djeta jabłkowa działa nieledwie swoiście w takiej chorobie zakaźnej jak czerwonka, gdzie przy stosowaniu tej metody ustępowały nietylko charakterystyczne stolce czerwonkowe, ale i objawy ogólnego zakażenia ustroju, jak wysoka ciepłota i szybkie tętno. Dalej na wybitną uwagę zasługują dobre wyniki, uzyskiwane w tyfusie, ale przedewszystkiem w tych wszystkich przewlekłych i trudno poddających się leczeniu schorzeniach jelit, jak *infantilismus intestinalis, colica mucosa* i różne postacie przewlekłej niestrawności, obok zaś tego, jak tego dowodzi *Fanconi,*

również i w takich chorobach, jak ostre zapalenie nerek i miedniczek nerkowych.

W ten sposób zasób środków leczniczych w zakresie chorób biegunkowych powiększył się niespodziewanie o swego rodzaju „panaceum", które powinno być radośnie powitane zarówno przez pedjatrę jak i internistę. Ale zagadnienie djety jabłkowej obok znaczenia praktycznego posiada również i wysokie znaczenie teoretyczne. Na kongresie w Stockholmie *Heisler* wyraził nadzieję, że djeta jabłkowa stanie się nietylko znakomitą metodą leczniczą, ale może przyczynić się do wytworzenia zupełnie nowych poglądów na chemizm przewodu pokarmowego.

Istotne wyjaśnienie sposobu działania djety jabłkowej w obecnej chwili dalekie jest jeszcze od rozwiązania, a ogłaszane dotychczas próby wyjaśnienia tej kwestji polegają wyłącznie na czysto teoretycznych rozumowaniach.

PIŚMIENNICTWO:

Moro: Klin. Wochenschr. 1929, Nr. 52.
Fanconi: Deut. Med. Wochen. 1930, Nr. 46.
Heisler, Kohlbrugge, Moro: Klin. Wochen. 1930, Nr. 9.
Kaulbersz-Marynowska: Pol. Gaz. Lekar. 1931, Nr. 28.
Heisler: Fort. der Therapie, 1931, zesz. 9.
Wolff: Deut. Med. Woch. 1930, str. 2211.
Międzynarod. Kongres Pedjatr. 1930.
Refer. Münch. Med. Woch. 1930, str. 1818.

Dr. L. LIPSZOWICZ.

GRUŹLICA A UKŁAD NERWOWY W ŚWIETLE NOWSZYCH BADAŃ.

IV.

Meningitis tuberculosa a t. zw. meningitis aseptica. — „La meningite sereuse tuberculeuse" (Claude) meningitis serosa tuberculosigenes (Flatau i Zylberlast - Zandowa).

Często obserwowana u dzieci, nierzadko też u dorosłych, klasyczna postać gruźliczego zapalenia opon mózgowych daje naogół obrazy różnolite, czasami bardzo słabo w przebiegu cierpienia uplastycznione. Nieraz uderza niezwykłe ubóstwo objawów ze strony układu nerwowego wogóle, opon zaś mózgowych w szczególności, i jedynie ciężki stan ogólny, silnie dotknięta psychika chorego (co sub finem często dopiero wystę-

puje) skierowują rozpoznanie — przy uwzględnieniu momentów różniczkowych — na właściwe tory. Badanie płynu mózgowo - rdzeniowego posiada w tych warunkach znaczenie pierwszorzędne, jednakże dla stwierdzenia meningitis tuberculosa nie wystarcza samo wykrycie pleocytozy o wzorze wyłącznie limfocytowym względnie z przewagą limfocytów w płynie wodojasnym o zwiększonej ilości białka z zawartością włóknika. Płyn bowiem, charakterystyczny dla gruźliczego zapalenia opon mózgowych, występuje również przedewszystkiem w cierpieniu, które i pod względem klinicznym przebiega w sposób z meningitis tbc. analogiczny. Mamy tu na myśli t. zw. „meningitis aseptica benigna", mało dla choroby nazwa ścisła, dobitnie zato wiadomości nasze o niej z punktu widzenia bakterjologicznego określająca. Zarówno badania osadu płynu mózgowo-rdzeniowego na zawartość prątków, jak posiewy względnie szczepienia świnkom morskim dały w przypadkach meningitis aseptica wyniki ujemne. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę, że poszukiwanie prątków Kocha we włókniku względnie osadzie płynu m. rdz. należy do zadań częstokroć bardzo trudnych, a czasami wręcz niewykonalnych w niewątpliwych (stwierdzonych sekcyjnie) przypadkach meningitis tbc., zaś rezultaty szczepień każą na siebie czas dłuższy czekać, to zrozumiemy trudne do przezwyciężenia przeszkody w zakwalifikowaniu cierpienia. Jeszcze bardziej gmatwa sprawę okoliczność, niejednokrotnie w przypadkach meningitis aseptica stwierdzana, a mianowicie pochodzenie chorego z rodziny gruźliczej lub przeszłość gruźlicza. Nic więc dziwnego, że meningitis aseptica błędnie rozpoznawano jako meningitis tbc.

Przypadki meningitis aseptica opisywano w wielu krajach w różnych czasach. U nas obserwowano je m. in. na oddziale D-ra Flataua (Szpital Starozakonnych na Czystem). Wybuchały one również epidemicznie, zwłaszcza latem. W roku 1927-ym Szwecja przechodziła małą taką epidemję. 11 przypadków ogłosił duńczyk Krable. Dużo miejsca cierpieniu poświęca piśmiennictwo francuskie, gdzie nadano mu nazwę „meningite benigne, pseudo-tuberculeuse". Spotykamy się też z nazwą „meningitis benigna lymphocytaria".

Etjologja cierpienia nie jest nam znana. Łączono je m. in. z zarazkiem, zresztą bliżej nieznanym, wywołującym ostre zapalenie przednich rogów rdzenia (poliomyelitis ant. acuta), które w szeregu przypadków i samo przebiega, zwłaszcza w początkowym okresie, pod postacią zapalenia opon mózgowych z pleocytozą w płynie m. rdz. Badacze mówią często o zarazku przesączalnym, m. in. i gruźliczego pochodzenia. Wyjaśnienie sprawy należy do przyszłości, w każdym razie ciekawe jest, że choroba, mylnie rozpoznawana jako meningitis tbc. i dająca naskutek tego lekarzowi powód do przepowiedzenia zejścia śmiertelnego (co w przypadkach meningitis tbc. w zasadzie jest słuszne mimo ogłoszonych nader rzadkich, chociaż niewątpliwych przypadków meningitis tbc. z zejściem

pomyślnem), posłużyła różnym „cudotwórcom" jako okazja do popisania się tak „niezawodnymi" środkami, jak odarty ze skóry gołąbek, przykładany do głowy (przypadek Rocha).

Poza klasyczną postacią meningitis tbc., opony mózgowe dają pod wpływem zadziałania prątkami gruźliczemi jeszcze szereg innych obrazów, klinicznych i patologiczno-anatomicznych, które wszakże rzadziej występują. Należy pozatem liczyć się z tem, że układ nerwowy zdolny jest również do całkowitego i szybkiego usuwania laseczników, które się na jego teren przedostały, czego dowodzą klasyczne badania doświadczalne Renaud'a jakoteż Flataua i Tarapaniówny. Rzadsze postacie gruźlicy opon mózgowych (w szerszem znaczeniu) najlepiej ujmuje klasyfikacja, przedłożona przez E. Flataua i N. Zylberlast-Zandową na posiedzeniu z dn. 24 maja 1917 r. Tow. Naukowego Warsz. (sekcji nauk matem. i przyrodn.). Klasyfikacja ta przedstawia się w sposób następujący:

I. Postacie słabego, przemijającego podrażnienia lub zapalenia opon mózgowych, przebiegające jako t. zw. zapalenie opon wrzekome (meningismus), lub zapalenie surowicze (meningitis serosa) na tle gruźlicy.

II. Postacie ogniskowe zapalenia gruźliczego opon mózg. (meningitis tbc. circumscripta, meningite tuberculeuse en plaques), przyczem odróżniamy: a) zapalenie ogniskowe gruźlicze opony twardej o przebiegu przeważnie przewlekłym i b) opon miękkich o przebiegu ostrym lub podostrym.

III. Postacie przewlekłego rozlanego zapalenia gruźliczego opon (meningitis tuberculosa difffusa chronica).

Z pośród wymienionych tu postaci zajmiemy się jako stosunkowo praktycznie najważniejszą — zapaleniem surowiczem na tle gruźliczem (meningitis serosa tuberculosigenes).

Należy przedewszystkiem zaznaczyć, że meningitis serosa, choroba, którą pierwszy Quincke dokładnie opisał, wyraża nie w zapaleniu opon mózgowych, jakby to z nazwy jej wynikało, — w każdym bądź razie sprawa zapalenia opon nie stanowi jej istoty. Meningitis serosa polega raczej na wylaniu się płynu m. rdz. do przestrzeni wolnych mózgowia, w pierwszym rzędzie — do komór. Jest to właściwie wodogłowie, występujące okresowo, pod wpływem najrozmaitszych czynników, jak uraz, przeciążenie umysłowe, zatrucie (wyskokiem, ołowiem), zakażenie (dur, zapalenie płuc), rażenie słoneczne i t. d. Na związek meningitis serosa z gruźlicą wskazywał już Quincke, który przeprowadził analizę między tem cierpieniem a wysiękiem surowiczem do jam opłucnowej i otrzewnowej. Poza Quinckem ze starszych badaczy, którzy się zagadnieniem tem zajmowali, wymienić należy Muenzera, Biederta, Heubnera, Brudzińskiego, Tinela i Gastinela. Szczególnie jednak do wyjaśnienia sprawy przyczynili się z jednej strony Henri Claude, z drugiej — Edward Flatau i Natalja Zylberlast-Zandowa. Ostatni autorowie ogłosili przypadek zapalenia su-

rowiczego gruźliczo - pochodnego (meningitis serosa tuberculosigenes) w 1919 roku. Badzo ciekawy jest przypadek Claude'a, opublikowany w 1929 r., który ze względu na wielce pouczający jego charakter poniżej w streszczeniu przytaczamy.

Przypadek dotyczył 38-letniej pani, znajdującej się w dobrych warunkach materjalnych, zamężnej, dzieciatej, bez obarczenia dziedzicznego, wolnej od przymiotu. Choroba rozpoczęła się w połowie sierpnia 1923 r. bardzo silnemi bólami głowy, do których niebawem przyłączyły się wymioty, a następnie — szybki spadek wzroku. Dnia 9-go września stan ogólny bardzo ciężki, prawie całkowita ślepota z zastoiną na dnie oczu. Przekłucie lędźwiowe wykazało duże ciśnienie płynu m. rdz. (90 cm.).

Wobec narastania objawów, zdecydowano się na operację dekompresyjną, którą wykonano 13 września. W krótkim czasie — bóle głowy, niedowidzenie cofnęły się znacznie. Ale wówczas właśnie chora zaczęła narzekać na bóle i osłabienie w kk. dolnych, które też stały się siedliskiem zaburzeń naczynioruchowych. Niebawem rozwinął się obraz zapalenia wielonerwowego, który przetrwał czas dłuższy. W lutym następnego roku uległy znacznemu przerostowi gruczoły chłonne szyjne i podbródkowe, które po usunięciu ich na drodze operacyjnej wykazały po zbadaniu laboratoryjnem — zmiany gruźlicze. W listopadzie 1924 r. zapalenie osierdzia. W maju 1925 r. zapalenie opłucny, które w połowie czerwca wystąpiło poraz drugi. Wreszcie, w lipcu 1925 r. powrót do zdrowia, z wyjątkiem osłabienia i bólów w kończynach dolnych, jako pozostałości zapalenia wielonerwowego, którego nawrotów kilkakrotnie doświadczyła.

Przyczynę skreślonego powyżej obrazu upatruje Claude w gruźlicy.

Odnośnie leczenia surowiczego zapalenia opon mózgowych wymienimy poza przekłuciem lędźwiowem, dekompresją, środkami klimatyczno-djetetycznemi, — naświetlanie promieniami Roentgena (serjami co 6 tygodni) i wlewania płynów hipertonicznych (10 cm 40% glukozy co 2-gi dzień), zaproponowane przez Flataua (1928).

Veraguth. Rapport sur la scl. en pl. R. N., 1924.

Guillain. Rapport sur la scl. en pl. R. N. 1924.

Allison. Dissem. Sclerosis in North. — Wales Brain, 1931.

Goldflam S. Die diagnost. Bedeutung des Rossolimoschen Reflexes. 1930. Monogr. Hassin.

Flatau E. O epidemji zapalenia układu nerwow. w Polsce w 1928 r. Warsz. Czasop. Lek. 1928, Nr. 45, L'Enclelephale 1928. -- Obstaender Klinisch-statist. Beitrag zur Kenntnis der m Scl., Mon. f. Ps. u. N. 1926. T 61. — Bing R. i H. Reese. Die multiple Sklerose in der Nordschweiz. D. m. W. 1926.

S. Bau-Prusakowa. Stwardnienie rozsiane w świetle nowszych badań, Warsz. Czasop. Lek., 1931 (tam też podane piśmiennictwo z ostatniego dziesięciolecia). — H. Oppenheim, Lehrbuch der Nerwenkrankheiten, 1923. — Chevassut K. The aetiol. of dissem. Scler. Lancet, 15.III.1930. — Purves — Stewart. A specific vaccino traetement of dissem. Scler Lancet. 15.III.1930. — Janowski Wł., Postać wrzekomo neurasteniczna gruźlicy płucnej. Księga jubileuszowa Edwarda Flataua, 1929 — Guillaume XVI Congr. fr. de Med. Vagotonies, Symtathicotonies, Neurotonies, Masson, 1925.

Guth B. Kl. d. Tub., t. 53, 54, 55 i D. m. W. 1920. — Gantz Miecz., W sprawie zaburzeń układu rośl. w gruźlicy płuc, Księga Jubil. E. Flataua. — Kraus-Brugsch, T. I, X i XI. — Roch. La meningite aigue lymphocytaire benigne de nature indeterminee sumulante la meningite tuberculeuse. Bul. de la Soc. Med. Nr. 10/30. — Lepage, Encephalité a forme meningée. La Presse Med. 24.I.1930. — E. Flatau i N. Zylberlastowa, O odziaływaniu opon mózgowych na gruźlicę. Odbitka ze sprawozdań Tow. Nauk. Warsz. — Claude Henri, La meningite sereuse tuberculeuse, Księga Jubil. Flataua. — E. Flatau. O leczeniu zapalenia surowiczego opon mózgowych promieniami Roentgena i płynami hipertonicznemi.

Podał Dr. med. ZYGMUNT NACHTMAN.

PRZYCZYNY NERWOWE POWSTAWANIA DYCHAWICY OSKRZELOWEJ.

Podobnież jak obecnie grypa (influenza) jest jakby synonimem całego szeregu najrozmaitszych schorzeń, obejmujących nader rozległe dziedziny patologji (schorzenia układów: pokarmowego, oddechowego, nerwowego), i współczesny lekarz praktyk na wiele zapytań ze strony fachowej i ze strony laików chętnie posługuje się tym terminem, tak i w innych dziedzinach medycyny można znaleźć podobne analogje.

Takąż samą nazwą zbiorową (jeżeli tak się można wyrazić) dla całego kompleksu schorzeń od końca 19 stulecia jest neurasthenia. Była to najmodniejsza choroba w końcu 19 stulecia: niedalekie są te czasy, gdy jedną połowę ludności w czambuł zaliczano do tej kategorji, podczas gdy drugą przy podobnych objawach chorobowych, lecz ze względu na inny

rodzaj płci, zaliczano do innej grupy schorzeń — grupy również zbiorowej, noszącej tak znaną szeroko nazwę histerji.

Obie te choroby — neurasthenia i histerja — były w końcu 19 wieku być może najmodniejszemi nazwami, gdyż wszelkie przypadki bez wyraźnych objektywnych danych, któreby mogły wywołać lub wytłómaczyć istniejące objawy chorobowe, zaliczano szybko i bezapelacyjnie do obu tych dziedzin.

Wielką zasługą Freud'a było wyodrębnienie z tego zbiorowiska całego szeregu nowych jednostek chorobowych. Być może, że powiedzenie nasze nie grzeszy zbytnią ścisłością. Nie wszystkie formy, wyodrębnione przez Freud'a, można klasyfikować zupełnie niezależnie od neurastenji. Nas jednak w danym wypadku interesuje grupa nerwic, których głównym syptomem jest w zupełnie określony sposób występujące i — podkreślamy — dominujące uczucie strachu.

W rzeczy samej, wysłuchując niezliczone skargi pierwszego lepszego neurastenika, trudno nie znaleźć w nich zjawisk, które będą wskazywały, że i w jego psychice uczucie strachu zdaje się odgrywać całkiem nieposlednią rolę.

Z podziałem Freud'a nie zgadza się W. Sekel, który, wychodząc z założenia, że i w histerji i w neurasthenji, i w całym szeregu nerwic uczucie strachu jest wyrażone zupełnie wyraźnie, czy to w formie czystej, czy też w formach poronnych, będących, jednak, ich równoważnikiem; wszystkie te kategorje schorzeń zalicza do jednej wielkiej grupy, nerwic psychicznych.

Nerwice te, jednak, w swych przejawach mogą mieć najrozmaitsze postacie. Przyczyny powstawania tego rodzaju nerwic mogą być najrozmaitsze.

Rozważmy poszczególne przyczyny, wywołujące napady nadmiernego uczucia strachu.

Jednym z najczęstszych powodów nadmiernej skłonności do przeżywania uczucia strachu bywa zależność wyraźna wspomnianych stanów od chorób i wypadków w rodzinie (choroby dzieci, małżonków, rodziców, najbliższej rodziny). Często spotykamy w życiu przypadki podniecenia

nerwowego, przypadki depresji psychicznej o najrozmaitszych przejawach, i chora lub chory wyraźnie zaznaczają początek choroby swej: „zachorowałem, (względnie zachorowałam) po śmierci brata, matki, czy też innego członka rodziny". Wypadek ten spowodował i wywołał ciągłe uczucie strachu w psychice chorego. W życiu praktycznem nie wiele przejmujemy się zwykle tego rodzaju wywodami, chociaż, bez wątpienia, ułatwiają one nam bardzo często rozpoznanie. W braku uchwytnych zmian objektywnych w swych notatkach oznaczamy taki przypadek mianem histerji lub neurastenji i to nam w zupełności wystarcza.

Drugą grupę chorych w tej wielkiej dziedzinie cierpień neurasteniczno-histeryczno-psychicznych stanowią chorzy, u których uczucie strachu jest związane i zależne od waruków pracy zawodowej. W tej grupie dominują mężczyźni, a szczególnie łatwo zapadają na to cierpienie ci wszyscy, którzy wskutek nieoczekiwanych warunków życiowych muszą się wznieść *nieoczekiwanie* na pewien intelektualnie wyższy poziom. Zjawisko takie wytrąca najczęściej tych ludzi z równowagi psychicznej. Żyją oni pod ciągłym uczuciem strachu. Być może, że strach ten jest spowodowany obawą, czy potrafią swoim obowiązkom nowym podołać. Najczęściej będzie to jakiś robotnik (szczególniej młodszy), który niespodziewanie awansował na wyższe stanowisko, gdyż z automatu fabrycznego musi się stać z powrotem jednostką myślącą.

Trzecią grupę stanowić będą wszyscy hypochondrycy, u których uczucie strachu jest umotywowane obawami o zły stan swojego własnego zdrowia.

4-tą grupę stanowią chorzy, u których uczucie strachu jest wywołane przyczynami religijnemi. Będą to skrupuły i wątpliwości religijne najrozmaitszego rodzaju i nasilenia.

Napady uczucia strachu i lęku mogą występować nagle, ale mogą rozwijać się stopniowo przez powolny wzrost początkowo słabo wyrażonego uczucia strachu.

Freud, Steckel uważają stany ciągłego uczucia strachu jako skutki psychicznego konfliktu pomiędzy uczuciami przestępczości i moralności u danego osobnika.

Na wysokości napadu oprócz rozmaicie wyrażonych sensacji ze strony organów oddechowych, krążenia i ogólnego stanu chorego (bicia serca, poty, uderzenia krwi do głowy, trudności oddychania), które konstatujemy w rozmaitym stopniu nasilenia, stwierdzać, jednak, będziemy zawsze istnienie uczucia strachu przed śmiercią. Może nawet w poszczególnych przypadkach brakować będzie wielu z wyżej opisanych zjawisk, ale świadome, choć bliżej nieokreślone, uczucie strachu przed śmiercią istnieć i występować będzie zawsze na pierwszy plan. Lokalizacja tego uczucia strachu może być najrozmaitsza: jeden będzie wykazywał na serce, drugi na piersi, inny w głowie swej będzie widział ognisko chorobowe, wreszcie

inny będzieześrodkowywał swe obawy w jednym z organów jamy brzusznej i t. d. i t. d.

Napad taki może wystąpić nagle, niespodziewanie, może go jednak poprzedzić okres zwiastunów. W większości przypadków chorzy będą podawać, że już od kilku godzin, ewentualnie od rana źle się czuli.

Steckel przypuszcza możliwość powstawania napadów we śnie, a nawet wyraża przypuszczenie, że sama treść snu może uledz kompletnemu zapomnieniu, ale przeżyty sen może spowodować stan silnego wstrząsu psychicznego i stworzyć warunki podatne do wywołania napadu uczucia strachu.

W przypadku zwyczajnym, jeżeli będziemy pamiętać o możliwości istnienia podobnych stanów patologicznych, rozpoznanie właściwe postawić będzie nie trudno.

W przejawach uczucia strachu mogą, jak już zaznaczyliśmy wyżej, zajmować najrozmaitsze dziedziny, najrozmaitsze organy ustrojowe. Prawdopodobnie locus minoris resistentiae odgrywa w tych przypadkach dominującą rolę.

Nas w danej chwili interesują przejawy uczucia strachu, wyrażające się *najrozmaitszemi sensacjami ze strony narządu oddechowego*. Uczucie to, w myśl dopiero co wyżej wspomnianego zdania, może przejawić się przedewszystkiem u osobników rzeczywiście posiadających zmiany chorobowe w organach oddechowych. W tych przypadkach oprócz skarg właściwych podstawowemu cierpieniu o stwierdzonem podłożu anatomopatologicznym będziemy obserwować strach przed dusznością, strach dla nas skądinąd niewytłumaczony i niewspółmierny z rozległością sprawy chorobowej. *Ta właśnie rozbieżność pomiędzy danemi objektywnego badania i skargami chorych jest typową oznaką, że uczucie strachu, niepokoju jest na tle par exellence nerwowym* (dychawica oskrzelowa na tle nerwowym).

Steckel stawia w wątpliwość wogóle możliwość istnienia stanów astmatycznych o innem podłożu (za wyjątkiem dusznicy sercowej).

Uczucie lęku przed brakiem powietrza u chorego na dychawicę oskrzelową jest uczuciem pierwotnem, a rzeczywiście powstający brak powietrza jest zjawiskiem wtórnem (Brügelmann). Pogląd ten coraz szersze zatacza kręgi, czego dowodem być może, że nawet przeciwnicy Freud'a, Rohleder'a, Steckl'a konstatują zależność zupełnie określoną pomiędzy nerwowością z jednej, a dychawicą z drugiej strony i wyodrębniają w dychawicy oskrzelowej całą grupę (jakby anatomiczną) dychawicy oskrzelowej na tle nerwowym i dychawicy oskrzelowej odruchowej, wywołanej zmianami patologicznemi w organach nawet odległych, nie mających w niektórych przypadkach nawet najmniejszego związku czynnościowego z układem oddechowym.

Według Freud'a, w wielu przypadkach dychawicy oskrzelowej skonstatować zawsze można niewątpliwie objawy jednocześnie istniejącej neurastenji.

Zależność pomiędzy uczuciem lęku a zjawiskami nawet fizjologicznemi (nie wspominając już zupełnie o zaburzeniach patologicznych w sferze płciowej) jest zdawien dawna znana i nie wymaga wielu objaśnień.

Już Leyden stwierdzał istnienie zależności pomiędzy napadami dychawicy oskrzelowej a miesiączkowaniem.

Wielką rolę w tych zjawiskach odgrywać mogą sensacje o zabarwieniu hypochondrycznem: najrozmaitszego gatunku objawy, nieistniejące u normalnego osobnika.

Goldscheider również stwierdza, że uczucie lęku jest zjawiskiem pierwotnem i dominującem w napadzie dychawicy oskrzelowej i „być może, że forsowne ruchy oddechowe wywołać mogą stan kataralny w oskrzelach".

Zdanie to potwierdzają doświadczenia Talmy i Strübing'a, którzy niezależnie jeden od drugiego, wywoływali zjawiska nieżytu w oskrzelach i oskrzelikach u zupełnie zdrowych ludzi, którzy przez pewien czas wykonywali ruchy oddechowe identyczne z ruchami oddechowymi, istniejącymi podczas prawdziwego napadu dychawicy oskrzelowej.

Według Goldscheidera u niektórych chorych już sama obawa przed napadem wywołuje napad dychawicy. Dla tego też Goldscheider radzi w przypadkach dychawicy oskrzelowej leczenie identyczne z leczeniem neurastenji, dodając zupełnie trafnie, że w okresach pozanapadowych w dychawicy oskrzelowej niezbędne jest zwrócenie baczniejszej uwagi na stan psychiczny chorego, *należy wzmocnić jego wiarę,* że jego napady zależą tylko od stanu jego nerwów, że uczucie lęku, które odczuwa, prowadzi bezwzględnie do wywołania napadu, że tylko przy zachowaniu spokoju psychicznego i miarowych ruchach oddechowych liczyć można na przerwanie napadu.

Takież zdanie wypowiada cały szereg wybitnych neurologów (Georg Avallis, A. Stegmann, A. Friedländer, Strümpell i inni).

M. Saegner wypowiada się jeszcze więcej kategorycznie, a mianowicie:

„Dychawica oskrzelowa może być uleczona przez wpływy psychiczne, gdyż jest cierpieniem wywołanem przez wstrząs psychiczny".

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

W SPRAWIE WIELKICH DAWEK SISTOMENSINY.

Opracował Dr. Erich Kosmiński, ginekolog, Berlin.

Po osiągnięciu znakomitych rezultatów, stosując Sistomensinę przy krwawieniach, (Klin. Wschr. 1927, Nr. 4, Fortschr. Ther. 1928, Nr. 12) posługiwałem się powyższym preparatem w większych dawkach, prawie od 5-ciu lat, przy obfitych miesiączkowaniach i to z wielkim skutkiem. Zachęcony publikacją Wintza (Münch .med. Wschr. 1931, Nr. 14), zbadałem 20 najważniejszych wypadków krwawień, w których stosowałem Sistomensinę. Zaobserwowałem 8 wypadków krwawienia pochodzenia jajnikowego, bez specjalnego podłoża patologicznego, 3 wypadki obfitych krwawień miesięcznych, 2 wypadki krwawienia w okresie przekwitania, 3 wypadki krwawień z powodu zapalenia błony śluzowej macicy, 2 wypadki krwawienia na tle spraw zapalnych przydatków, 2 wypadki krwawienia po częściowej resekcji jajników.

Jeśli chcemy za pomocą Sistomensiny uzyskać długotrwałe i pewne wyniki, to pierwszym warunkiem będzie odgraniczenie i wyodrębnienie przypadków, specjalnie nadających się do kuracji Sistomensiną. Wedle mego zdania, należy wykluczyć wszystkie te krwawienia, które polegają na niedostatecznej zdolności kurczenia się macicy, ponieważ, jak to już Wintz podkreślił, przy Sistomensinie nie chodzi o działanie ściągające w rodzaju bolesnego kurczenia się mięśni macicy, lecz tylko o działanie na drodze wydzielniczej. Nierozstrzygniętą jest kwestja terapji przerostu błony śluzowej macicy, jakkolwiek wykazano, że przyczyna tego schorzenia jest również natury wydzielniczej. Czasami dochodzi się przy stosowaniu Sistomensiny do przejściowego polepszenia; zupełne uleczenie zdołałem dopiero uzyskać przez wyskrobanie macicy, po którem, dla uzyskania trwałego rezultatu, zaleciłem chorej zażywanie przez dłuższy czas Sistomensiny w tabletkach. Przy krwawieniach u młodych kobiet, działanie Sistomensiny jest przeważnie bardzo dobre, nie należy jednakowoż dawkować zbyt oszczędnie. W zasadzie wystarcza na tydzień przed rozpoczęciem się miesiączki, zastrzykiwać śródmięśniowo co 2-gi dzień 2 cm^3 Sistomensiny, a oprócz tego 3 razy dziennie podawać po 2 tabletki

Sistomensiny, przez cały czas trwania perjodu. Przy krwawieniach w okresie przekwitania, zaobserwowałem doskonałe wyniki, na skutek stosowania większych dawek Sistomensiny. Przy krwawieniach zapalnych, z powodu schorzenia przydatków macicy, nie uważam stosowanie Sistomensiny za wskazane. Tego rodzaju krwawienia mijają w miarę ustępowania zapalenia przydatków. Naturalnie, że zachodzą wypadki, w których organizm opiera się działaniu Sistomensiny, mimo że teorja nakazuje jej stosowanie.

Zaobserwowałem 2 takie wypadki. W 1-szym mimo stałego podawania Sistomensiny, nie było trwałego skutku, tak że w końcu musiałem u 20-letniej pacjentki zastosować naświetlanie śledziony, które to naświetlanie usunęło krwawienie. W 2-gim wypadku, u 28-letniej chorej, leczonej przez szereg miesięcy Sistomensiną w formie dawek doustnych i zastrzyków śródmięśniowych, musiałem też zastosować naświetlanie śledziony, gdyż stan jej nie ulegał poprawie. Po 6-ciu miesiącach wystąpiły ponownie silne krwotokowe miesiączkowania, tak że zdecydowałem się do resekcji jajników. Przez pochwę usunięto $^2/_3$ prawego i $^1/_2$ lewego jajnika; chodziło mianowicie o małe zwyrodnienie torbielowe. Po operacji. w okresie 1-go roku krwotoki nieco ustały, lecz potem znacznie się wzmogły. I teraz też stosowanie Sistomensiny nie dało żadnych rezultatów. Przy sposobności otwarcia jamy brzusznej z powodu zapalenia ślepej kiszki, usunąłem resztę lewego jajnika zwyrodniałego torbielowato, podczas gdy reszta prawego, mikroskopowo dobrze się przedstawiała. O dalszym przebiegu nie mogą nic więcej donieść, gdyż operację tę wykonałem przed miesiącem.

Na czem polega działanie Sistomensiny na pewno nie można określić. Chodzi może o to, że przy nadmiernych miesiączkach następuje zbyt powolne oddzielanie się i przemiana błony śluzowej macicy, wywołane brakiem hormonu jajnikowego. Dostatecznie wielkie dawki Sistomensiny przezwyciężają chorobę, a z nastaniem okresu regeneracji powstrzymują krwawienia. Za rezultatem dodatnim przemawia jeszcze fakt, że Sistomensina w roztworze olejowym, wskutek powolnego wchłaniania przez organizm, ma bardziej długotrwałe działanie.

Przy krwawieniach z powodu mięśniaków i wynikających z tego dolegliwości miesiączkowych, nie stosowałem dotąd Sistomensiny, zachęcony jednak wynikami Wintza, rozpocznę w przyszłości odpowiednie próby. Stosowanie doustne oddawało mi nieraz obok leczenia injekcjami doskonałe usługi, tak że mogę ją polecić zgodnie z Keipem (Zbl. gyn. 1931, Nr. 20) szczególnie do długotrwałego leczenia następowego.

LA GYNECOLOGIE, SIERPIEŃ 1931, str. 437.

J. Golomb dokonał na klinice prof. Paucheta, znanego chirurga, którego specjalnością są operacje żołądka, i na klinice ginekologicznej

Petit-Dutaillis 170 wypadków znieczulenia lędźwiowego Percainą. Metoda Quarelli, która wykazała znakomite rezultaty, o ile chodzi o siłę i trwałość znieczulenia, została zastąpioną metodą Jonesa, ponieważ w kilku wypadkach następowały bóle głowy, krzyża i przejściowy paraliż. Jones używa wyłącznie t. zw. roztworu hypotonicznego, zawierającego 0,5% soli kuchennej 1 : 1000. Ciekawe są jego wywody, na podstawie których płyn mózgowo-rdzeniowy zawiera przeciętnie 0,63% NaCL. Na tej podstawie dowodzi on, że najpierw następuje dyfuzja z płynu do lżejszego roztworu percainowego, a potem dopiero po wyrównaniu ciśnienia osmotycznego, ma miejsce resorbcja. Aby uniknąć przedwczesnego zmięszania płynu z Percainą, należy wykonać zastrzyk w pozycji leżącej.

Jeśli najpierw pacjenta ułożymy na brzuch, a następnie w pozycji Trendelenburga, to nawet przy większych dawkach nie następują wymioty. Przez uprzednie podanie choremu morfiny ze skopolaminą, zapobiega się takim objawom, jak bladość, podniecenie, pocenie się i nudności („orage de la vingtième minute"). Dla powstrzymania spadku ciśnienia krwi wstrzykuje Jones dwa razy efedrynę w dawce 0,03 g. Zastrzyk percainowy wykonuje się między 3 — 4 kręgiem lędźwiowym. Wysokość znieczulenia — jak wynika z oryginalnej tabeli — bywa regulowana przez stosowanie dokładnie oznaczonych dawek Percainy. (6 — 20 ccm roztworu 1:1500). Zniżone ciśnienie krwi, wynikające z rozszerzania się naczyń trzewnych, wyrównuje się po 4 — 5 godzinach, przyczem tętno nie ulega zmianie. Całkowite znieczulenie trwa 1 i pół do 2 i pół godzin, później następuje 5—6 godzinny okres zmniejszonej wrażliwości. W przedstawionych wypadkach nie występowały: ani porażenie oddechu, ani objawy zapaści. Po dawkach mniejszych, 15 ccm, rzadko występywały wymioty, przy dawkach większych, unikano wymiotów przez wysokie ułożenie miednicy i zapobieganie zmiany pozycji. Bóle głowy miały miejsce w 5-ciu wypadkach; w jednym tylko, kiedy zrobiono injekcję z 32 ccm, bóle głowy trwały 8 dni. Przeważnie bóle głowy występują po zbyt szybko wykonanej injekcji. W jedynym wypadku znieczulenie okazało się niewystarczającem, z powodu zbyt małej dawki Percainy i złego sposobu wykonania zabiegu.

S. WATANABE. *Coramina w osłabieniu serca wskutek silnych krwotoków poporodowych.* Ciba Iho, Październik 1928.

W klinice prywatnej w Osaka leczono chorą z nadzwyczaj silnemi krwotokami macicznemi po odbytym porodzie. Chora często zapadała w omdlenie. Wstrzykiwano około 40 razy chlorek sodu, cukier gronowy. Po wstrzyknięciu 4 ampułek Coraminy wskutek zalecenia prof. Harada, osiągnięto poprawę. Wstrzyknięto w ciągu godziny 8 ampułek. Tętno stawało się coraz to bardziej wyczuwalnem, a oddech wzmocnił się.

Pomimo tak wielkiej rozmaitości środków zastosowanych u tej chorej, obaj lekarze są zdania, że tylko dzięki Coraminie udało się uratować chorą.

———o———

P. SUTTON. *Leczenie pląsawicy hipertermją wywołaną.* (The Journ. o. Am. med. Assoc. Nr. 5—31).

W 1929 roku dziecko dotknięte pląsawicą, leczono phenobarbitalem dostało wysypki szkarlatynowej z gorączką, podczas której pląsawica ustąpiła. Podejrzewając, że wyzdrowienie wynikało raczej z wikłającej wysypki i gorączki, niż ze stosowania phenobarbitalu; tembardziej, że pokrewny temu preparatowi związek fenyl-etyl-hydantoiny jest skuteczny tylko wówczas, kiedy powoduje gorączkę z wysypką. Jest możliwe, że działanie środków przeciwko pląsawicy nie jest swoiste, a wynika z odczulania wzgl. leczenia gorączką.

Dla sprawdzenia tego przypuszczenia S. leczył 27 dzieci na pląsawicę codziennemi dożylnemi wstrzykiwaniami małych dawek T. A. B. Wyniki tego leczenia okazały się b. dobre. Po rozpoczęciu wstrzykiwań choroba nie trwała dłużej ponad 8 dni. Leczenie to wydaje się autorowi lepszem niż fenyl-etyl-hydantoiną, nie jest niebezpieczne, działanie jego jest szybsze i bardziej stałe.

——:o:——

M. LEVY i E. LEVY. *Wyniki leczenia owrzodzeń żołądka i 12-cy wyciągami z przytarczyczek.* (Arch. d. Mal. d. l'App. dig. Nr. 8—1931).

Autorzy podają szereg obserwacji po 1 i 1½ roku. Leczenie rozpoczęte było w okresach ostrego nasilenia i polegało tylko na wstrzykiwaniu co 1—2 dni wyciągu z przytarczyczek, zawierającego 0.1 gr. świeżego gruczołu. Wstrzykiwano podskórnie; serja składała się z 12 wstrzykiwań. Pozatem chorzy nie przestrzegali żadnej djety, nie leżeli w łóżku i nie brali żadnych lekarstw.

Leczenie to można uważać jako skuteczne i bardzo pomocnicze w leczeniu owrzodzeń żołądka. Dzięki szybkiemu działaniu sprowadza szybko ulgę, wpływa na poprawę stanu ogólnego, przyrost wagi. W niektórych przypadkach zastosowanie wyciągu z przytarczyczek może pow-

strzymać odnowienie się owrzodzenia. W innych przypadkach omawiana metoda staje się przygotowawczą do zabiegu operacyjnego, którego wskazanie redukuje do minimum.

Jednakże wyciąg z przytarczyczek, jakkolwiek sprowadza poprawę, obniża kwasotę żołądka, wpływa na zmniejszenie się ubytku w ścianie żołądka, — nie jest w stanie zatrzymać zupełnie rozwój choroby wrzodowej i wyleczyć ją całkowicie.

——:o:——

DONATI, MANGINELLI i TRAMONTI. *Leczenie niedokrwistości złośliwej żołądkiem parenteralnie.* (Min. Med. Nr. 27—1931).

Autorzy badali wyciąg z żołądka, stosując go pozaustnie, w przypuszczeniu, że wyciąg ten zawiera hormon.

Wstrzykiwany wyciąg zawierał w 1 cm. — 0.3 gr. świeżego wyciągu. Chorzy dobrze znosili wstrzykiwania, po których często pozostawały lekkie odczyny miejscowe i małe wzniesienie po 4—5 godzin po wstrzyknięciu. Wyniki okazały się nadzwyczajne. U jednej chorej ilość erytrocytów podniosła się po 45 dniach z 2.800.000 do 4.900.000, a po dalszych 15 dniach do 5.000.000. Przez ten czas chora otrzymała 7 injekcji po 2 cm^3 i 35 — po 5 cm^3 wyciągu. W innym przypadku ilość krwinek podniosła się w ciągu miesiąca z 1.640.000 do 3.920.000. W obydwu przypadkach wzrost Hb odbywał się równolegle do erytrocytów. Makrocyty i anizocyty zginęły. Zaobserwowano retikulocytozę z eozynofilją. W 6-ciu przypadkach niedokrwistości wtórnej uzyskano również dobre wyniki. Wyciągi z żołądka działają więc szybciej i skuteczniej na drodze parenteralnej. Wstrzykiwanie pozwala na szybsze wsysanie wyciągu i na stosowanie małych lecz skoncentrowanych dawek, gdyż zamiast 200 gr. per os wstrzykuje się 1.5 gr. wyciągu.

——:o:——

BECKER. *Leczenie niedokrwistości potasiemcowej wyciągami z wątroby i preparatami żołądka.* (Acta med. Scand. Nr. 3—1931).

B. leczył 18 chorych z niedokrwistością po tasiemcach o typie złośliwej wątrobą naturalną, jej wyciągami lub preparatami żołądka. Tylko

w jednym przypadku leczenie niedokrwistości było poprzedzone usunięciem pasorzyta.

Wyniki leczenia wykazują, że wątroba, jej preparaty i żołądek, jakkolwiek mniej energicznie, wpływają bardzo dodatnio na niedokrwistość wywołaną tasiemcem i wywołują odczyn retikulocytarny tem silniejszy, im cięższą była anemja, mimo, że robak nie był usuwany. W dwuch przypadkach leczonych wątrobą i jej wyciągiem odczynu retikulocytarnego nie spostrzeżono; w trzecim pozostał słaby. Otóż 2 z tych przypadków dały nawrót pod postacią a. p. cryptogenetica, a trzeci rozwija się również w tym kierunku.

Praktycznie autor uważa za wskazane podnieść stan chorego i poprawić stan niedokrwistości, a następnie przystępować do leczenia przeciw pasorzytniczego.

——:o:——

ROUBIER, DELORE i BOUCOMONT. *Nerczyca lipoidowa obserwowana w ciągu roku. Wpływ djety beztłuszczowej i bezwęglowodanowej na obrzęki.* (Lyon. medic. Nr. 30 — 1931).

Choroba rozwinęła się u mężczyzny jedzącego wogóle b. dużo, a szczególnie wędliny. Histologicznie stwierdzono później domieszkę zapalenia nerek, wysepki z naciekiem limfocytów i rozrostem tkanki łącznej śródmiąższowej, w naczyniach — endo periarteriitis. Nacieczenia cholosteryną lub amyloidozy nie zauważono. Po jednej stronie istniał zakrzep żyły nerkowej.

Wyciąg tarczycy, teobromina, mocznik, naświetlania promieniami pozafiołkowemi nie mogły zwiększyć diurezy chorego. Tak samo bez wpływu pozostała djeta bezchlorowa. Jedynie Neptal spowodował przejściową diurezę.

Choremu zalecano djetę bezwęglowodanową za wyjątkiem kartofli, beztłuszczową i bez jaj, odstawiono sól i podano obficie chude mięso, odtłuszczone mleko, zielone jarzyny. Po tej djecie ilość moczu zwiększyła się znacznie, obrzęki i waga spadły, stan ogólny pozostał bez zmiany. Do tej djety wracano 2 razy z tym samym wynikiem. Chory zaniechał wreszcie leczenia i 18 mies. od początku choroby, a rok po rozpoczęciu obserwacji — zmarł.

Autorzy zastanawiają się nad wpływem błędów djetetycznych na powstawanie nerczycy i upodabniają ją do cukrzycy, gdyż i w nerczycy na pierwszym planie stoją zaburzenia w przemianie materji.

——:o:——

FREUND. *Szczególne działanie leków u hipertyreotyków.* (D. med. Woch. Nr. 29—1931).
Dawkowanie lekarstw powinno być indywidualne i każdy nadmierny dogmatyzm może pociągnąć powikłania czynników wpływających na tole-

rancję różnych produktów leczniczych, tarczyca jest jednym z najważniejszych.

Hormon tarczycy wpływa na przemianę oddechową i każde leczenie, które ma na celu zahamować jej wpływ na tę czynność, na zmniejszenie stosunku O_2/CO_2 jest gorzej znoszone przez chorych na ch. Basedowa, niż przez osoby zdrowe. Tak jest z rozmaitemi narkotykami, środkami uspakajającemi i znieczulającemi. Wskazania do znieczulenia muszą być specjalne i konieczne dla zmniejszenia pobudliwości nerwowej tych chorych, a dawkę należy stosować minimalną.

Drugie niebezpieczeństwo wynika ze szczególnej wrażliwości chorych na ch. Basedowa na środki nasercowe. Dowodzą tego doświadczenia na zwierzętach, stwierdzające ich wrażliwość na cardiaca po wstrzykiwaniach tyroksyny. Substancje obojętne dla zwierząt kontrolnych wywołują niedomogę serca u zwierząt po tyroksynie. W tym celu byłoby wskazane odnalezienie ciał fizjologicznych, antagonistycznych do tyroksyny, któreby zobojętniały jej właściwości uczulające do omawianych leków. Badania chemiczne w przebiegu ch. Basedowa stwierdziły przyśpieszenie fazy beztlenowej i wzrost kw. mlecznego.

Tyroksyna poprzednio pobudza do wzmożonego tworzenia się kw. mlecznego; możliwe jest jednak zahamowanie tego działania tyroksyny, a to dzieki awertynie i neodormowi. Również w tym celu należy stosować chininę, arszenik, jod, insulinę i t. p.

——:o:——

GOEBEL. *Argumenty za i przeciw leczeniu pląsawicy nirwanolem.* (D. med. Woch. Nr. 31—1931).

Stosowanie nirwanolu zostało zarzucone dla celów narkotycznych i hipnotycznych, a to z powodu częstych powikłań surowiczych obserwowanych po tym środku. Jednakże wyniki uzyskiwane po nirwanolu przy pląsawicy nakazały lekceważenie choroby nirwanolowej. Cały szereg autorów podał dobre wyniki, jak szybkie wyleczenie, brak powikłań w śródsierdziu, mały odsetek przypadków negatywnych.

Obok tych stron dodatnich nirwanol przedstawia poważne niedogodności.

Częstość odczynów skórnych i gorączkowych jest tak wybitna, że można przypuścić, że są one niezbędne dla uzyskania poprawy. Istotnie, zdarzają się przypadki wyzdrowienia bez odczynów zupełnie lub z odczynem nieznacznym, lecz w tych przypadkach występują nawroty pląsawicy opornej na nirwanol.

Zmiany jakie powstają po nirwanolu są ciężkie.

Donoszono o zaburzeniach we krwi, uszkodzeniach szpiku, prowadzących do ciężkiej postaci ch. Werlhofa; cytowane są przypadki zapalenia nerek, prawdopodobnie w związku z wysypką skórną.

Exantema recidivans, 2-ga choroba nirwanolowa spotyka się rzadziej, lecz ma przebieg ciężki: obok wysypki z pęknięciami skóry, pęcherzykami, rozległemi zmianami na śluzówkach spotyka się uszkodzenie nerek, wątroby, śledziony. Powikłania te b. często ustępują, pozostawiając długotrwałe pigmentacje na skórze.

U 3-ga dzieci spostrzeganych przez autora nastąpiło zejście śmiertelne śród objawów erythema toxicum gravis. Jakkolwiek przytoczone fakty należą do rzadkich, skłaniać muszą do przeciwwskazań dla leczenia nirwanolem, pomimo jego skuteczności. Trudno jest przewidzieć i uniknąć powikłań i dlatego na nirwanol należy się decydować tylko w przypadkach pląsawicy ciężkiej, opornej na środki zwykłe. Należy również uprzedzać chorego i otoczenie o możliwości tych powikłań.

——:o:——

EDEL. *Podwiązywanie żył płuc w gruźlicy jamistej.* (Ztschr. f. Tub. T. LX—1931).

Dobry wpływ odmy sztucznej polega zdaniem większości autorów na przekrwieniu wywołanem uciskiem naczyń płucnych w płucu uciśniętem. Zdanie to znajduje poparcie w dawno obserwowanej odporności chorych na wady mitralne przeciwko infekcji gniliczej.

E. urzeczywistnił takie przekrwienie płuca przez podwiązanie żył płucnych. Zabieg ten doświadczalnie został dokonany na zwierzęciu jeszcze w r. 1911.

U ludzi przeprowadzono tę operację w 4-ch przypadkach gruźlicy rozpadowej i jednostronnej, w których odma nie mogła być przeprowadzona. Przebieg pooperacyjny u wszystkich był normalny, gorączka opadła, objawy w płucach ustąpiły, a odpluwanie również cofnęło się po krótkim okresie nasilenia.

Również cofnęły się zmiany miejscowe, czego dowodzą przekonywujące zdjęcia rentgenologiczne.

——:o:——

LEFFKOWITZ. *O zachowaniu się naczyń trzewnych w zapaści.* (Ther. d. Gegenw. Nr. 12—1929).

Autorowi udało się osiągnąć zwężenie rozszerzonych naczyń krezkowych u królików uśpionych chloroformem po wstrzyknięciu do żyły usznej 0,03—0,05 Cardiazol (Knoll). Działanie zwężające naczynia utrzymywało się przez 1 godz.

W przypadku zapaści, po kilkakrotnych ciężkich krwotokach macicy, podskórne wstrzyknięcie Cardiazolu przywróciło po 1—2 min. akcję serca i usunęło ostre niebezpieczeństwo krwotoków. Autor uważa, że Cardiazol zwęża naczynia jamy brzusznej, przez co podnosi się w niej

ciśnienie, a zebrana w jamie brzusznej krew zostaje oddana krążeniu i zwiększa objętość krwi krążącej, co właśnie usuwa objawy i istotę zapaści.

——:o:——

KOLLE. *Leczenie migreny parakodiną.* (Münch. med. Woch. Nr. 12—1930).

W przebiegu napadów migreny połączonej prawie stale z wymiotami u 19-ej dziewczyny udawało się następnie przerywać napady migreny przez podanie 2 — 3 tabletek Paracodiny. (Związku migreny z miesiączką nie zauważono).

Na podstawie dalszego przypadku ilustrowane jest działanie Paracodiny u kobiety, cierpiącej od szeregu lat na lewostronną migrenę, połączoną z nudnościami, wymiotami, scotoma, szczególnie silną w okresach miesiączkowych i zmuszają pacjentkę do leżenia w łóżku. Rozmaite środki okazały się bezskuteczne. Po 3—4-ch tabletkach Paracodiny, przyjętej zaraz w początku napadu, bóle głowy stały się mało wyrażone, scotoma, nudności i wymioty ustąpiły.

Przypadki te są leczniczo tem ciekawsze, że w cofnięciu się dolegliwości nie było żadnego czynnika psychogennego, którego udział w innych przypadkach osłabia działanie paracodiny.

Kolle poleca stosowanie tego preparatu w przypadkach niepowikłanych u osób młodych, zwł. kobiet.

——:o:——

STEIN. *Leczenie bólów ucha na tle angiospastycznem.* (Wien. kl. Woch. Nr. 42—1928).

W przypadkach nadciśnienia (pochodzenia nerwowego lub miażdżycowego), szczególnie zaś w przypadkach miażdżycy naczyń mózgu, w których występują objawy napadów bólowych ze strony ucha wewnętrznego, autor dawno zakwalifikował diuretinę, jako środek szczególnie pożyteczny dla otologji. Jego szybkie działanie uspokajające upewnia w rozpoznaniu.

Na podstawie długoletniego doświadczenia w chorobach ucha wewnętrznego na tle zmian miażdżycowych, autor uważa za celowe podawanie diuretiny lub Calcium-diuretiny Knoll przez 4 tygodnie 3 razy po 0,5 gr. dziennie. Po miesięcznej przerwie należy preparat brać znowu przez miesiąc i t. d. W przypadkach powikłanych silniejszymi napadami bólowemi wskazana jest jednocześnie koffeina lub papaweryna; przy bezsenności do wieczornej dawki diuretiny dodaje 0,03 Luminalu.

BONNIN. *Leczenie chorób serca, nerek i naczyń Jod-Calcium-Diuretyną.* (Allg. med. X Zentralztg. Nr. 14 — 1930).

Autor wymienia Jod-Calcium-Diuretynę jako skuteczny środek w leczeniu wymienionych stanów chorobowych. Szczególne działanie preparat ten wykazuje w otyłości z retencją wodną i w rozszerzeniu serca z napadami dławicy piersiowej. Pozatem środkiem tym leczono większą liczbę chorych z dychawicą sercową, przewlekłem zapaleniem nerek i mięśnia sercowego. Stale obserwowano poprawę w objawach klinicznych.

Autor szczególnie podnosi chętne przyjmowanie preparatu przez chorych i brak objawów pobocznych ze strony przewodu pokarmowego.

KOMUNIKAT TOWARZYSTWA INSTYTUTU RADJOWEGO IM. MARJI SKŁODOWSKIEJ - CURIE.

W początkach stycznia rozpoczyna pracę Dział Medycyny Instytutu Radowego im. Marji Skłodowskiej-Curie w Warszawie przy ul. Wawelskiej 15, w kompleksie gmachów, specjalnie na ten cel budowanych i urządzonych według planów, opracowanych w porozumieniu z Instytutem Radowym w Paryżu, który również posłużył za wzór przy organizacji i wyborze metod pracy.

Zadaniem Instytutu są badania naukowe nad działaniem promieni radu i innych źródeł energji promienistej oraz zużytkowanie ich właściwości leczniczych w sposób, oparty na podstawach naukowych.

W zasadzie Instytut jest przeznaczony dla wszelkiego rodzaju chorych, nadających się do leczenia energją promienistą, jednak specjalnie dla chorych na nowotwory złośliwe.

Dyrektorem Działu Medycznego jest dr. Franciszek Łukaszczyk, który odbył kilkuletnie specjalne studja w Instytucie Radowym w Paryżu, następnie zaś w analogicznych zakładach Niemiec i Szwecji.

Dział Medyczny Instytutu obejmuje: pracownie naukowe lekarskie. Szpital oraz Przychodnię.

Szpital, obliczony na 62 łóżka I, II i III klasy, ma następujące działy: 1) leczenia radem z 1-ym gramem radu, 2) leczenia promieniami Roentgena z 5-ma miejscami do głębokiej terapji i 1-ym aparatem djagnostycznym, oraz 3) dział chirurgiczny z instalacjami do elektroendotermji.

Chorzy mogą być przyjmowani do leczenia w Instytucie jedynie po zbadaniu i zakwalifikowaniu ich w Przychodni Instytutu, która będzie czynna codziennie w godzinach przedpołudniowych, z wyjątkiem niedziel, świąt i sobót. Przed skierowaniem chorego, zwłaszcza z prowincji, pożądane jest porozumienie się z Instytutem i podanie głównych danych klinicznych, specjalnie jeżeli chodzi o przypadki nowotworów złośliwych.

TREŚĆ:

REDAKTOR:
Dr. Med. Aleksander Krasuski

ADRES REDAKCJI:
Nowowiejska 25 m. 2 tel. 8-12-82.

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 711-55

Konto P. K. O. 19.175

Druk. „Antiqua" St. Szulc i S-ka ul. Kacza 7, tel. 504-91.

Drukarnia „Antiqua” St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 504-91.